



La chirurgie de transsexuation : une médecine entre réparation et amélioration

Laurence Hérault

► To cite this version:

Laurence Hérault. La chirurgie de transsexuation : une médecine entre réparation et amélioration. Bujon T., Dourlens C. & Le Naour G. Aux frontières de la médecine, Editions des archives contemporaines, pp.209-220, 2014. halshs-01242019

HAL Id: halshs-01242019

<https://shs.hal.science/halshs-01242019>

Submitted on 11 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La chirurgie de transsexuation : une médecine entre réparation et amélioration

Laurence Hérault, Aix-Marseille Université, CNRS, IDEMEC UMR 7307, Aix-en-Provence, France.

L'expérience transidentitaire a été historiquement conçue dans les sociétés occidentales en terme de pathologie : les termes de transsexualisme, de trouble de l'identité sexuée ou encore de dysphorie de genre ont été mis en place, au cours du siècle dernier, pour définir la situation des personnes qui souhaitent vivre dans un genre autre que celui qui leur a été assigné à la naissance et qui veulent transformer leur corps dans cet objectif. Les traitements proposés de ces troubles (pourtant qualifiés de psychiques) ce sont développés en termes d'hormonothérapie et de chirurgie dite de réassignation sexuelle. Une autre conception de la transidentité émerge cependant sur la scène publique : elle se fonde sur le droit à l'autodéfinition de genre et revendique une prise en charge médicale dépathologisée qui interroge, comme le soulignent T. Bujon et C. Dourlens, le rôle de la médecine notamment au regard de ses assises pathologiques et curatives¹. On comprend donc que la prise en charge médicale de l'expérience trans est un lieu particulièrement intéressant pour saisir la manière dont se définissent et redéfinissent les frontières de la médecine et pour questionner les contours actuels d'une pratique médicale qui oscille entre réparation et amélioration. Dans le cadre de cet article, je me centrerai sur la question de la chirurgie car elle est un lieu essentiel de la prise en charge médicale trans : j'essaierai de montrer, d'une part, la manière dont elle a été définie historiquement dans le cadre du transsexualisme, et j'interrogerai, d'autre part, la place du chirurgien dans les procédures de transsexuation contemporaines.

La chirurgie dite de réassignation : aperçu historique

Contrairement à ce qu'on pourrait croire au vu des revendications contemporaines, l'oscillation de la médecine trans entre réparation et amélioration n'est pas nouvelle et ne s'est pas établie nécessairement dans le sens que l'on imagine. Pour le montrer, je voudrais revenir sur deux temps et deux contributeurs importants dans la conceptualisation occidentale de l'expérience trans, à savoir M. Hirschfeld et H. Benjamin qui ont, tous deux, favorisé la chirurgie trans tout en lui donnant des contours différents.

En matière de transsexuation, Magnus Hirschfeld fait figure de précurseur puisque dès 1912, il a semble-t-il permis la réalisation d'une mastectomie et d'une hystérectomie pour une patiente qui le souhaitait². Plus tard, il pratique lui-même des injections hormonales et rend possible un certain nombre de transformations corporelles notamment pour Dora Richter qui subit une orchidectomie en 1921, une pénectomie en 1930 et une vaginoplastie en 1931 ou encore Gert B. qui subit une mastectomie, une ovariectomie et une greffe de testicules à la même époque³. Ces premières opérations sont réalisées dans un cadre théorique particulier, celui des *types sexuels intermédiaires* et plus particulièrement du

¹ BUJON Thomas et DOURLENS Christine, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences sociales et santé* (3), septembre 2012, pp. 33-58.

² Dans ces premières décennies du 20^{ème} siècle, Hirschfeld n'est cependant pas le seul à procéder à de telles opérations, d'autres transformations chirurgicales à la demande des intéressés sont réalisées : on peut mentionner celle de Allan (Alberta) Hart qui subit une hystérectomie en 1917 aux Etats-Unis, obtient un changement d'état civil et se marie en 1925 ; ou encore celle de Lili Elbe (Einar Wegener) qui subit une orchidectomie et une pénectomie en 1930, puis une tentative de greffe d'utérus (ou d'ovaires) qui l'emportera l'année suivante. Pour plus de précisions sur le parcours des uns et des autres cf. MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Cambridge, London, Harvard University Press, 2002 ; MURAT Laure, *La loi du genre: une histoire culturelle du « troisième sexe »*, Paris, Fayard, 2006..

³ MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed*, op. cit. ; MURAT Laure, *La loi du genre*, op. cit.

transvestisme⁴. Hirschfeld repense, en effet, dans la première moitié du 20^{ème} siècle la notion d'inversion élaborée au 19^{ème}, à travers une description de ces *types sexuels intermédiaires* parmi lesquels il classe l'hermaphrodisme (intermédiaire quant aux organes sexuels), l'androgynie (intermédiaire quant aux caractères physiques « secondaires »), l'homosexualité (intermédiaire quant à « l'instinct sexuel ») et le transvestisme (intermédiaire quant aux caractères moraux). Cette dernière catégorie n'est pas, à proprement parler, spécifique à Hirschfeld⁵, mais le terme transvestisme, qu'il propose pour la désigner, est celui qui sera retenu dans les nosographies futures. Ce transvestisme qu'Hirschfeld caractérise, plus précisément, comme une identification à l'autre sexe éventuellement associée au travestissement, préfigure la catégorie de transsexualisme. Il décrit notamment des *travestis totaux (complets)* qui s'habillent entièrement et se conduisent comme des personnes de l'autre sexe. Parmi ces derniers, il reconnaît des *travestis extrêmes* qui veulent modifier « non seulement leur habit artificiel mais aussi leur habit naturel, l'épiderme de leur corps. A un degré relativement faible ce penchant s'étend au système pileux (...). Des degrés encore plus marqués de ce travestitisme sont atteints par les personnes (...) qui donnent à leurs seins des formes féminines en les agrandissant ou qui, au contraire, en méditent ou en font effectivement faire l'ablation. Nous observons le degré le plus élevé de ces manies de travestitisme corporel chez ceux qui désirent obtenir une transformation complète de leurs organes génitaux, qui veulent avant tout, avoir un sexe qui correspond à leur mentalité »⁶. On saisit bien ici comment les transformations corporelles et notamment chirurgicales sont non seulement souhaitées par les *travestis* mais aussi pensées comme « assurant vis-à-vis du monde extérieur la reconnaissance de la personnalité sentie »⁷. En ce sens, l'intervention chirurgicale n'a pas de statut véritablement thérapeutique, elle constitue plutôt une étape avancée du processus de féminisation ou de masculinisation entrepris, et semble s'inscrire dans tout un ensemble de mesures qu'Hirschfeld et ses collaborateurs ont mises au point au fil du temps pour améliorer la vie de leurs patients : accueil à l'*Institut pour la science sexuelle* pour des séjours où le travestissement est possible, parfois même emploi à l'Institut ; rédaction d'attestation faisant ressortir le caractère intermédiaire de la personnalité et permettant aux consultants d'obtenir (auprès de la préfecture de police de Berlin) une autorisation de se travestir en public voire même parfois un changement de prénom ; et enfin hormonation et interventions chirurgicales. Ces mesures sont, on le voit, des mesures d'accompagnement médical plus que des procédures curatives à proprement parler.

Ce type d'accompagnement va à la fois se maintenir et prendre d'autres contours avec l'avènement du *transsexualisme*. Cette nouvelle catégorie nosographique⁸ apparaît en 1949 dans l'article d'un psychiatre-sexologue américain, David Cauldwell⁹. En référence à Krafft-Ebing¹⁰, il choisit le terme *psychopathia transsexualis* pour décrire le cas d'Earl qui souhaite qu'un chirurgien lui enlève les seins et les ovaires et lui construise un pénis artificiel. Cauldwell définit les transsexuels comme des individus qui souhaitent être membres du sexe auquel ils n'appartiennent pas et qui désirent modifier chirurgicalement leurs caractéristiques physiques pour qu'elles ressemblent à celles de l'autre sexe¹¹. La définition de Cauldwell semble se fonder sur la catégorie de transvestisme élaborée par Hirschfeld mais en même temps, elle y opère un découpage interne : parmi les transvestis qui s'identifient à l'autre sexe, ceux qui demandent des opérations doivent être considérés comme des transsexuels. Le transsexualisme apparaît comme un trouble de la personnalité où l'identification à l'autre sexe ne se limite pas au travestissement mais est caractérisé par une demande de transformation corporelle. Harry Benjamin qui va reprendre le transsexualisme de Cauldwell et lui donner sa véritable dimension, attribue également une valeur discriminante à la demande de transformation. Dans son ouvrage, *le phénomène transsexuel*, publié en 1966, sa caractérisation du transsexualisme se constitue également par rapport au

⁴ Selon les traductions, on trouve aussi les termes travestisme ou travestitisme.

⁵ Havelock Ellis distingue, à la même époque, inversion sexuelle et inversion sexo-esthétique ou éonisme dans lequel il voit un symptôme hétérosexuel d'imitation. Ellis, H. 2003. *Etudes de psychologie sexuelle. L'inversion sexuelle*. Paris: Mercure de France, Bibliothèque des introuvables.

⁶ HIRSCHFELD Magnus et ABRAHAM Félix, *Les perversions sexuelles*, Rosières-en-Haye, Camion noir, 2012, p. 279 (1931).

⁷ *Ibid.*, p. 291.

⁸ Le terme « transsexualisme psychique » (seelischer transsexualismus) est utilisé par Hirschfeld en 1923 MURAT Laure, *La loi du genre*, op. cit., p. 193., mais il n'individualise pas une catégorie nosographique.

⁹ Pour plus de précisions sur le parcours de D. Cauldwell cf. MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed*, op. cit., pp. 42-43.

¹⁰ Auteur d'un ouvrage psychiatrique de référence intitulé *psychopathia sexualis*.

¹¹ MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed*, op. cit., pp. 42-43.

transvestisme. Dans un premier temps, il inscrit ces deux catégories sur une même échelle, la *sex orientation scale* (inspirée de celle de Kinsey), qui comprend 7 degrés, depuis le 0 qui correspond aux individus à l'orientation sexuée « normale » (à qui l'idée du travestissement ou du changement de sexe est étrangère ou désagréable) jusqu'au 7 qui correspond aux transsexuels opérés. Les six types, hors le 0, sont définis comme suit : chez le *pseudo transvesti*, le travestissement est occasionnel et ne répond pas à une obsession. Chez le *transvesti fétichiste*, le travestissement est centré sur un vêtement particulier (avec besoin de porter ce vêtement en continu, éventuellement caché, ou pour avoir un orgasme). Chez le *vrai transvesti*, le travestissement est le symptôme principal de la déviation et peut être distingué selon sa fréquence et sa généralité (tous les vêtements ou une seule pièce sous les vêtements « normaux »). Les vrais transvestis se travestissent sous l'effet d'une forte envie semblable à de l'addiction et certains vivent aussi constamment comme homme ou femme. Le *transsexuel non chirurgical* se travestit souvent mais souhaiterait changer de sexe. Il est hormoné mais n'envisage pas forcément l'opération. Le *transsexuel intensité modérée* est, selon Benjamin, le vrai transsexuel. Il vit plus ou moins dans l'autre sexe, est hormoné, envisage l'opération mais ne se donne pas les moyens de la réaliser. Enfin, pour le *transsexuel intensité forte* l'opération est nécessaire et réalisée.

Si Benjamin affirme qu'il est difficile d'isoler radicalement ces différents types, il opère tout de même une distinction entre transsexuel et transvesti, chacun appartenant à un groupe particulier. Comme chez Cauldwell, ce qui les distingue c'est la demande de transformation corporelle. Même le *transsexuel non chirurgical* que Benjamin considère comme une forme intermédiaire entre transvestisme et transsexualisme, réalise une transformation hormonale. En fait, en donnant à ce critère une valeur aussi discriminante, Cauldwell et Benjamin lui accordent le statut de symptôme. La chirurgie et l'hormonation ne sont pas seulement ici des traitements disponibles que des gens souhaitent réaliser, elles permettent de préciser le trouble dont ils sont censés être atteints. Il y a là l'aboutissement d'une trajectoire historique : pour s'inscrire dans une catégorie sexuée qui leur semble plus en accord avec leur histoire et leur expérience personnelles, des gens demandent des transformations corporelles et les réalisent, parfois au risque de leur vie. Cette volonté et la ténacité qu'ils montrent dans la réalisation de leur projet les singularisent à tel point, aux yeux de ceux qui les reçoivent, que leur demande de transformation devient le symptôme principal d'un nouveau trouble mental. Autrement dit, l'élaboration du transsexualisme comme catégorie psychiatrique, transforme un projet de modification corporelle en symptôme d'un trouble de la personnalité *spécifique*.

Mais les opérations sont aussi envisagées en termes de traitement et cela en référence à la distinction faite entre sexe psychologique et sexe physique, distinction qui plonge ses racines dans la conceptualisation de l'inversion au 19^{ème} siècle¹². La notion de sexe psychologique s'est stabilisée progressivement dans la première moitié du 20^{ème} siècle, notamment dans le cadre de la clinique des intersexués. Durant cette période il a été progressivement admis qu'il était nécessaire de corriger physiquement l'ambiguïté des intersexués. Dans le cas des adultes, le choix du sexe à constituer s'est de plus en plus effectué en fonction du sexe psychologique ; il semblait que la correction physique donnait, en ce cas, de meilleurs résultats que les tentatives de modification du sexe psychique qui pouvaient occasionner des problèmes psychologiques. Cette idée du caractère prédominant du sexe psychologique pour la détermination de l'appartenance sexuée d'un individu ne s'est évidemment pas cantonnée à la réassignation des intersexués. On la retrouve, par exemple, chez Michael Dillon un étudiant en médecine britannique qui a lui-même changé de sexe et d'état civil dans les années 1940 et qui publie un ouvrage intitulé *Self: a study in ethics and endocrinology*¹³. Il y distingue une catégorie spécifique d'homosexuels, les *masculine inverts*, qui correspond à un désordre héréditaire qu'il rapproche de l'hermaphrodisme. Il plaide pour un traitement hormonal et chirurgical qu'il conçoit comme un ajustement du corps à l'esprit: « where the mind cannot be made to fit the body, the body should be made to fit, approximatively, at any rate, to the mind »¹⁴. Autrement dit, ce qui n'était qu'esquissé au 19^{ème} siècle est ici pleinement achevé : en matière de sexe, le corps n'est que la composante auxiliaire de l'esprit, celle qu'on peut et/ou qu'il faut modifier pour rétablir la nécessaire cohérence d'une personne. Cependant si beaucoup de praticiens s'accordent sur l'importance du sexe

¹² « Une âme de femme dans un corps d'homme » et inversement selon l'expression de K. Ulrichs.

¹³ DILLON Michael, *Self: A Study in Ethics and Endocrinology*, London, Heinemann, 1946.

¹⁴ Dillon, 1946 in MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed*, op. cit., p. 113.

psychique, ils ne sont pas tous également convaincus ou prêts à favoriser/réaliser la transformation du corps de leurs patients. Cauldwell notamment déconseille la chirurgie de réassignation qu'il conçoit avant tout comme une mutilation qui ne permettra jamais aux personnes d'être de « vrais » membres de l'autre sexe, et il plaide pour un ajustement psychologique et non pas physique. Benjamin au contraire y est favorable et prend la peine de dire que les autres options, notamment les psychothérapies, sont inefficaces. Autrement dit, dans le cadre du transsexualisme, la chirurgie ne s'inscrit plus dans le cadre d'un simple accompagnement d'une féminisation ou d'une masculinisation comme chez Hirschfeld, elle devient plutôt un *traitement* justifié par la nécessaire mise en cohérence du corps et du psychisme seule capable de faire cesser la souffrance des patients. Dans ce processus de requalification de la chirurgie, la souffrance est d'ailleurs un élément essentiel sur lequel Benjamin insiste particulièrement: « les transsexuels non traités sont parmi les gens les plus malheureux que j'ai jamais rencontré. (...) Ils sont un énorme problème pour eux et pour leur famille compte tenu de leur extrême tristesse qui les amène souvent au bord du suicide ou de l'automutilation »¹⁵. Pour lui, le transsexualisme peut et doit être traité à défaut de pouvoir être soigné : « J'ai été guidé par le souhait d'aider les patients à avoir une vie plus heureuse, puisqu'il n'y avait pas de possibilité de les soigner et de leur rendre plus facile de vivre avec leur particularité »¹⁶. La souffrance du transsexuel est, en outre, pour Benjamin une souffrance « interne » qui provient du hiatus entre sexualité physique et psychique : comme il le souligne le transsexuel a un « problème de genre » contrairement au transvesti qui présente, selon lui, un « problème social » lié à la difficulté de faire accepter son travestissement¹⁷. Dans l'ouvrage d'Hirschfeld « *les perversions sexuelles* », la souffrance n'est pas évoquée en tant que telle et les mesures prises visent plutôt à faire cesser les problèmes que pose l'affirmation de soi dans l'espace public et dans la vie de tous les jours: les séjours à l'institut, les attestations permettant le travestissement en public sans arrestation et les opérations semblent plutôt envisagés comme des mesures de bien-être. Benjamin insiste bien évidemment aussi sur cette amélioration de la vie des patients mais, en internalisant la souffrance de ces derniers, il offre d'autres contours aux propositions médicales d'intervention : les opérations deviennent un véritable traitement bien qu'elles ne soignent pas à proprement parler le trouble en question. Il ne s'agit donc plus ici d'une médecine d'amélioration mais bien d'une médecine de réparation au sens où il est apporté une correction et un remède approprié à une situation fâcheuse et douloureuse, ce qu'exprime finalement assez bien le terme de chirurgie de *réassignation* : on réassigne ce qui était mal assigné, on rend cohérent ce qui ne l'était pas et si, ce faisant, on ne soigne pas le transsexualisme diagnostiqué, on peut cependant inscrire son intervention dans le cadre d'une médecine palliative.

En fait tant chez Hirschfeld que chez Benjamin, il y a l'affirmation, fondée d'ailleurs sur l'expérience, que la vie des consultants est nettement améliorée par les opérations chirurgicales (et par l'hormonothérapie), mais ils ne donnent pas à ce bénéfice les mêmes contours. Chez Hirschfeld, la chirurgie et les hormones semblent plutôt se donner comme des opportunités offertes de rendre possible, voire de parfaire, l'inscription sexuée de la personne et donc de changer en mieux son existence et ses possibilités d'intégration sociale. Benjamin, en revanche, en constituant la demande de transformation comme l'indice d'une pathologie spécifique qui fait souffrir, parvient à faire admettre la chirurgie (de réassignation) et l'hormonothérapie (qui devient quant à elle une *hormonothérapie*) comme des réponses thérapeutiques bien qu'elles ne soignent pas le trouble en question. L'intervention médicale ne vient donc pas « répondre » à la demande de transformation corporelle du consultant, elle suppose un diagnostic et des indications thérapeutiques que le médecin doit être en mesure de définir pour légitimer son engagement auprès de son patient et le soulager: « Le plus important pour l'indication d'une opération de réassignation sexuelle, c'est le fait qu'une « femme » réussie peut en résulter et qu'il n'y a pas d'autres moyens d'aider le patient vers un futur plus heureux et émotionnellement plus sain. (...) Une personnalité mieux ajustée et plus heureuse peut émerger, au moins dans une telle majorité des cas que les efforts médicaux trouveront leur justification »¹⁸. On mesure bien dans cet extrait, la manière subtile dont le transsexualisme fait de la chirurgie une réponse pseudo-thérapeutique qui améliore la vie des gens uniquement parce qu'elle répare une incohérence sexuelle source de souffrance et non pas parce

¹⁵ BENJAMIN Harry, « Transvestism and Transsexualism in the Male and Female », *The Journal of Sex Research* 3 (2), mai 1967, p. 110.

¹⁶ *Ibid.*, p. 125.

¹⁷ BENJAMIN Harry, *The Transsexual Phenomenon*, New York, Julian Press, 1966.

¹⁸ BENJAMIN Harry, « Transvestism and Transsexualism in the Male and Female », *art. cit.*, p. 118.

qu'elle leur offre ce qu'ils souhaitent. Bien que le DSM ne propose pas d'indications thérapeutiques, il confirmera cette approche en requalifiant la demande de transformation corporelle en termes d'inconfort, d'inadéquation et de volonté de se débarrasser de ses organes génitaux¹⁹ ou encore en inscrivant, dans sa quatrième version, la souffrance parmi les indices du trouble²⁰. Dans ce long processus de définition du transsexualisme et du trouble de l'identité de genre, on voit bien comment la chirurgie dite de réassignation, en s'inscrivant dans un rôle de réparation de ce fâcheux inconfort, devient une véritable médecine palliative qui ne guérit pas mais soulage la souffrance.

Le chirurgien et ses partenaires : l'autonomie en question

Etant donné tout ce qui vient d'être dit, on perçoit combien la place du chirurgien est paradoxale : il est celui dont l'action et surtout la compétence sont essentielles dans le traitement dit de réassignation mais il est aussi celui qui n'a pas véritablement le « pouvoir diagnostique » puisque le trouble de l'identité de genre est avant tout un trouble psychiatrique. Par ailleurs, la demande chirurgicale est avant tout une demande des consultants : la plupart ne consultent pas pour qu'un diagnostic soit établi les concernant mais parce qu'ils souhaitent transformer leur corps et leur vie. On peut alors se demander dans quelle mesure le chirurgien n'est pas, tant pour ses collègues médecins que pour les consultants, ce « super technicien » qui doit réaliser/valider ce qu'ils ont décidé/permis de faire ? Autrement dit, le chirurgien n'est-il pas le simple instrument de ses partenaires, une sorte de prestataire de service ?

La position du chirurgien cependant ne renvoie pas seulement à cette conception du trouble de l'identité de genre mais tient aussi à la manière dont le protocole de soins est organisé. La pratique médicale trans se développe, en effet, selon deux modèles principaux, un modèle que l'on peut dire « d'équipe » et un modèle que l'on peut qualifier « de réseau », même si ces deux modes de fonctionnement ne sont pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre et peuvent être associés ou se mêler dans les itinéraires des consultants. Ces deux modalités de prise en charge placent le chirurgien dans une position différente à l'égard de ses partenaires puisque dans le premier cas, il appartient à une équipe pluridisciplinaire (généralement hospitalière) spécialisée dans la prise en charge des personnes trans ; dans le second cas, il développe une pratique autonome où il est le dernier maillon d'une chaîne de soin mise en place par la personne trans elle-même. Dans les équipes hospitalières, au moins dans la plupart de celles qui existent en France, il y a une coopération et une répartition des tâches en fonction des différentes spécialités. En général ces équipes sont composées d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un endocrinologue et d'un chirurgien (au moins un représentant de chaque spécialité, parfois plus). Le consultant est reçu successivement par chacun des spécialistes mentionnés qui entendent, selon leur perspective, les raisons qui l'amène à consulter puis une commission ou une réunion de concertation est organisée où l'équipe prend une décision collégiale quant à l'inscription du consultant dans le protocole de réassignation. Si le consultant est accepté, les traitements hormonaux puis chirurgicaux vont être mis en place et s'échelonner sur une période plus ou moins longue. Dans le cas de la mise en réseau, le chirurgien se coordonne plus qu'il ne coopère avec ses collègues. En général, en effet, le consultant choisit un psychiatre qui va à l'issue d'un certain nombre de consultations lui délivrer le certificat nécessaire aux interventions chirurgicales²¹. Il consulte indépendamment un endocrinologue pour la prescription de l'hormonothérapie et, enfin, muni de son certificat, il se rend chez un chirurgien, assez souvent étranger, pour ce qui concerne les transformations des organes génitaux²². On comprend donc que la position du chirurgien diffère dans l'un et l'autre cas mais il est important d'examiner plus

¹⁹ DSM III, critère A du trouble de l'identité de genre : « Sentiment d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe anatomique », critère B : « Désir d'être débarrassé de ses organes génitaux et de vivre comme un sujet de l'autre sexe » AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (éd.), *DSM III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1983, p. 286.

²⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (éd.), *DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, p. 625.

²¹ Selon les standards de soins internationaux, émis notamment par la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ce certificat est nécessaire et exigé par les chirurgiens avant toute intervention.

²² En France, ces opérations ne peuvent être réalisées qu'à l'hôpital et les chirurgiens qui les pratiquent appartiennent à des équipes hospitalières spécialisées, si bien que les personnes trans qui ne souhaitent pas s'adresser à ces équipes vont assez souvent, après consultation d'un psychiatre et d'un endocrinologue français, se faire opérer à l'étranger (Thaïlande, Canada, Royaume-Unis, Espagne).

attentivement la manière dont il est en mesure de faire entendre sa voix dans l'un et l'autre contexte. J'évoquerai d'abord la situation du chirurgien dans l'équipe hospitalière.

Du fait de la conceptualisation du trouble de l'identité de genre (TIG) comme trouble psychiatrique traité chirurgicalement, il y a théoriquement un primat des spécialistes des « disciplines psy » (généralement psychiatre et psychologue) pour le diagnostic et un primat de l'endocrinologue et du chirurgien pour le versant « thérapeutique ». Dans cette opposition disciplinaire et fonctionnelle, le psychiatre et le chirurgien sont les figures majeures de l'équipe: le premier parce qu'il est en mesure de donner ou de refuser l'accès aux opérations demandées par le consultant (sa qualification médicale lui donne en cela plus de poids que le psychologue), le second parce qu'il réalise les interventions qui sont souvent considérées comme les plus importantes et qu'en conséquences la notoriété de l'équipe à laquelle il appartient tient souvent essentiellement à la qualité des interventions qu'il se montre capable d'offrir. Mais lorsqu'on observe une équipe au travail, comme je l'ai fait durant mon enquête de terrain en France, la première chose qui est frappante c'est que la répartition des rôles, des pouvoirs et des compétences induite par la conceptualisation du TIG précédemment décrite n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît.

Cela tient en premier lieu à l'instabilité du TIG qui, bien que répertoriée dans le DSM, est une catégorie nosographique controversée tant de manière interne (par des psychiatres, des psychologues ou des psychanalystes), que de manière externe (par des personnes trans, militantes et non-militantes, qui dénie tout caractère pathologique au souhait de transition). En outre, ce diagnostic fonctionnant comme un véritable sésame pour les opérations, les personnes trans ont développé depuis longtemps des stratégies, personnelles et collectives, pour répondre aux attendus des médecins qui les reçoivent notamment en proposant des anamnèses appropriées. Il n'est donc pas si simple d'établir un diagnostic clair et on observe une oscillation des praticiens, selon les contextes et les approches, entre un diagnostic qu'on peut qualifier de positif (établir que la personne souffre d'un TIG) et un diagnostic différentiel (établir qu'elle ne souffre pas d'une pathologie psychiatrique contre-indiquée). Cette difficulté, associée au fait que le traitement proposé n'est en rien curatif, comme on l'a vu, renvoie les discussions qui se développent entre les médecins à une évaluation essentiellement pronostique, comme le soulignent aussi T. Bujon et C. Dourlens : « La personne saura-t-elle faire face aux bouleversements provoqués par sa transformation physique et identitaire ? Parviendra-t-elle à acquérir une apparence extérieure conforme à ses souhaits ? Réussira-t-elle à être plausible, à « passer » ? A-t-elle des chances d'être acceptée dans sa nouvelle identité par les membres de sa famille, ses proches, ses amis ? Réussira-t-elle à trouver une voie professionnelle, pourra-t-elle continuer à exercer son métier ? En bref, vivra-t-elle mieux après le traitement hormonal et l'opération de transformation »²³. Autrement dit, la dimension pronostique (qui est bien évidemment présente dans toute décision médicale) prend ici très nettement le pas sur la dimension strictement diagnostique et de ce point de vue, la séparation entre la compétence « diagnostique » du psychiatre et la compétence « thérapeutique » du chirurgien tend à se dissoudre dans une évaluation collégiale essentiellement prospective : tout le monde essaie de savoir si l'engagement éventuel de l'équipe dans le projet de transition du consultant a des chances d'améliorer ses possibilités d'existence. Si bien qu'il n'est pas rare (ni étonnant) que dans les discussions parfois non consensuelles qui se développent dans les commissions, les psychiatres interviennent pour privilégier une technique médicale plutôt qu'une autre ou bien que les chirurgiens s'aventurent à évaluer la fragilité psychologique d'un consultant²⁴. Ce qui est frappant dans ce fonctionnement ce n'est pas tant d'ailleurs ce mélange des compétences et cette disparition de la frontière entre dimensions diagnostique et thérapeutique mais bien plutôt la constitution d'un collectif capable de s'engager dans le suivi d'un consultant. Par ces discussions collégiales où les avis peuvent être partagés ou farouchement opposés, où les discussions sont tantôt détendues et consensuelles, tantôt âpres et passionnées, les médecins constituent un collectif seul habilité à définir et à statuer (sur) la situation du consultant. Dans la lignée de Benjamin, le consultant n'est plus ici celui qui vient demander une ou des interventions mais il devient une personne qui souffre et qui s'adresse à des spécialistes susceptibles de l'aider. Autrement dit, cette organisation en équipe fait passer au second plan la demande chirurgicale du patient : là où le TIG et le

²³ BUJON Thomas et DOURLENS Christine, « Entre médicalisation et dépathologisation », *art. cit.*, p. 43.

²⁴ Cf. aussi BUJON Thomas et DOURLENS Christine, « Entre médicalisation et dépathologisation », *art. cit.*

transsexualisme la requalifiaient d'un point de vue théorique, elle la transforme *en pratique*. L'équipe, et singulièrement la réunion de concertation qui actualise son existence, apparaît ainsi comme un lieu de re-signification du consultant et de son projet. Cette transformation s'opère dans un double mouvement. En premier lieu, l'affirmation d'une identité trans et/ou le souhait de transformer son corps sont qualifiés d'*autodiagnostic*²⁵, ce qui est non seulement une manière de les médicaliser mais aussi de les délégitimer d'emblée car la compétence diagnostique est affaire de professionnels. La demande, ainsi définie, se retrouve soumise au questionnement de l'expertise médicale et n'a dès lors plus guère de possibilité d'apparaître comme un projet de vie : elle n'est plus qu'un diagnostic profane à discuter et évaluer. En second lieu, la requalification se fonde également sur une sorte de destitution du consultant et de son autonomie : alors même que l'évaluation collégiale est essentiellement pronostique, il n'a pas voix au chapitre dans le lieu où justement tout le monde prend la parole pour dire ce qu'il pense des chances du projet de transition qu'il est venu présenter. Exclu de cet espace, il devient véritablement un *patient* (c'est-à-dire quelqu'un qui attend qu'une décision soit prise le concernant) et l'intervention médicale est constituée en indication thérapeutique émise par une équipe de professionnels. On peut d'ailleurs se demander si le fait de maintenir le consultant en dehors de l'espace collégial de la prise de décision n'est pas un moyen d'affirmer en pratique le caractère palliatif de la chirurgie dite de réassignation. La double perte d'autonomie du consultant (son exclusion ainsi que la traduction médicalisée de son projet) transforme, en effet, l'engagement médical : il n'est plus seulement une réponse à une demande particulière mais une solution quasi-thérapeutique.

Dans le réseau médical, les choses semblent quelques peu différentes. Tout d'abord, il n'y a pas d'espace où une véritable discussion collégiale puisse se développer. Chacun intervient de façon indépendante et le chirurgien se coordonne avec les autres médecins et intervenants qui l'ont en général précédé mais il ne coopère pas à proprement parler avec eux. Bien souvent il ne les connaît qu'au travers d'un certificat écrit apporté par le consultant ou au mieux par une lettre d'introduction envoyée par le médecin consulté précédemment. Dans cette modalité de prise en charge, le consultant semble avoir également plus d'autonomie dans la mesure où il constitue lui-même son réseau, choisissant les différents médecins auxquels il s'adresse. Il est en ce sens moins un patient qu'un consultant : il n'est plus celui dont on discute le cas et la situation hors sa présence mais un interlocuteur avec une demande que chacun traite en fonction de ses compétences particulières (endocrinologiques, chirurgicales, etc.), à tel point d'ailleurs qu'il peut même être perçu par certains médecins comme une sorte de consommateur de soins, qui ne vient demander et obtenir que des signatures, des ordonnances et des coups de bistouri dans les différents cabinets médicaux qu'il choisit. Quoi qu'il en soit, cette « chaîne de soin » semble ainsi non seulement distinguer plus fortement les dimensions diagnostique et thérapeutique mais elle rend également plus difficile le travail de re-signification collective du projet de transformation du consultant. Autrement dit, les médecins disposent ici d'une moindre capacité à traduire le projet de transformation en solution quasi-thérapeutique dans la mesure où chacun étant en quelque sorte sommé d'y répondre en fonction de sa qualification propre, la stabilisation de cette traduction n'est ni nécessairement unanime ni jamais pleinement assurée.

Ces deux types de prise en charge proposent également des versions différentes de l'autonomie du chirurgien. Dans l'équipe, la mise à distance du patient, la transformation associée de sa demande mais aussi l'égale implication diagnostique-pronostique des différents médecins offrent, bien évidemment, une certaine autonomie au chirurgien. Il n'est pas le prestataire de service que ses partenaires (tant psychiatres que consultant) pouvaient (avoir envie de) voir en lui. Au sein de l'équipe, le projet est en effet discutable parce que discuté : le chirurgien n'est donc pas obligé d'y souscrire simplement parce qu'il est présenté ou parce qu'un diagnostic psychiatrique a été posé (le validant ou l'invalidant). Dans cette organisation en équipe, le chirurgien n'est donc pas simplement celui qui met en œuvre le traitement qui ferait suite à un diagnostic psychiatrique qui lui échapperait. Il est plutôt celui qui prend part à une évaluation pronostique du devenir du consultant. Le lien qui l'associe à ses collègues est donc un lien de coopération assez fort : il s'engage avec l'équipe et l'équipe s'engage avec lui et cet enrôlement collectif est matérialisé par la signature conjointe d'un certificat validant l'acceptation dans le protocole médical. Autrement dit, l'autonomie du chirurgien renvoie à une co-implication totale : s'il

²⁵ Ce terme revient souvent dans la littérature médicale spécialisée.

a plus qu'en d'autres lieux peut-être la possibilité de mettre la demande initiale à distance, de ne pas la traiter seulement en fonction des possibilités techniques et des compétences qui sont les siennes, c'est bien parce qu'il est pleinement impliqué et donc potentiellement tenu pour responsable de *l'ensemble* du processus de qualification et de prise en charge du consultant.

Dans le réseau, en revanche, le chirurgien ne participe pas à une mise en question et une re-signification collectives de la demande et il est bien plutôt enclin à se cantonner à sa spécialité et à son rôle d'opérateur. Le chirurgien a ainsi moins de possibilité de retraduire la demande du consultant, de la discuter véritablement et il semble que sa marge d'action se résume à l'accepter ou la refuser en fonction de seules considérations contre-indicatives. Ce sont les autres, psychiatres et consultant, qui ont décidé du bien-fondé de la demande et lui n'est en mesure de se prononcer que sur la procédure proprement chirurgicale. Son intervention est donc contrainte par les décisions de ses partenaires (via un certificat ou via une consultation) et d'eux dépend la qualification thérapeutique ou non, palliative ou non de son intervention : le psychiatre a-t-il établi un certificat faisant état d'un diagnostic positif ou au contraire d'un diagnostic différentiel ? Le consultant a-t-il une conception « souffrante » ou « non souffrante » de sa situation ? Si le psychiatre se contente d'établir un diagnostic différentiel alors le caractère palliatif de l'intervention est moins assuré et elle risque d'être appréhendée en terme de convenance quelle que soit l'idée que s'en fait le chirurgien. De même, le discours du consultant offre au chirurgien plus ou moins d'opportunité d'inscrire son intervention dans une médecine de réparation (« je souffre ») ou au contraire d'amélioration (« je ne souffre pas »). Autrement dit, le chirurgien n'étant pas véritablement en position de définir la demande de transformation, il lui est plus difficile d'établir sa pratique comme palliative et ses interventions ont plus de chance d'être conçues et comprises comme relevant d'une médecine d'amélioration. Pourtant, cette réduction de son rôle à une sorte de prestation de service ne signe pas pour autant la disparition de son autonomie, simplement dans le réseau, celle-ci tient à son indépendance par rapport à ses partenaires : n'étant pas impliqué dans la qualification globale de la situation, il ne paraît responsable que de sa seule prestation.

A l'issue de cette rapide exploration de la place du chirurgien dans le parcours de transsexualisation, deux choses me semblent importantes à relever. La première, c'est que l'inscription d'une intervention médicale ou chirurgicale dans le cadre d'une médecine d'amélioration ou de réparation ne dépend pas seulement de la qualification nosologique de la situation de la personne concernée mais aussi de la manière dont elle est prise en charge. D'autre part, si historiquement le caractère palliatif de la chirurgie trans (qui a permis et permet la prise en charge médicale et financière des interventions) a été étroitement dépendant d'une conception pathologique de l'expérience transgenre, on peut se demander s'il est possible de le comprendre et de le faire exister autrement. Cette question a été au cœur de la récente réforme du DSM V et est également au centre de celle de la CIM encore en cours. Pour le DSM V, elle s'est soldée par le maintien d'une catégorie nosographique spécifique, sous le terme réactualisé de dysphorie de genre, qui est désormais défini comme une incongruence entre genre d'assignation et genre souhaité (et non pas comme une incohérence entre sexe psychique et sexe physique). Autrement dit, le caractère palliatif de la transsexualisation est associé ici à une redéfinition pathologique de l'expérience trans et il est probable que la réforme de la CIM adopte la même orientation. Cependant, si la qualification palliative des transformations corporelles dépend aussi, comme on l'a vu, du mode de prise en charge, alors il semble important de réfléchir à la manière dont celui-ci peut être organisé : est-il possible de mettre en place une nouvelle manière, une manière contemporaine, de traiter les demandes de transsexualisation ? En France, les propositions actuelles (militantes et professionnelles) semblent s'orienter en trois directions : la première est le libre choix des médecins consultés se fondant sur le principe d'autonomie des patients et sur l'égale capacité à prescrire des praticiens spécialistes ; la deuxième est une version élargie de l'équipe hospitalière qui, associée à un réseau de praticiens préalablement formés²⁶, resterait le lieu principal de la prise en charge ; et enfin une troisième propose

²⁶ Cf. la tentative de mise en place d'un « Diplôme interuniversitaire de prise en charge du transsexualisme » proposé en 2013 par la Sofect (Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme).

la mise en place de réseaux de médecins libéraux associés²⁷. On a vu que, jusqu'à présent, c'est au sein de l'équipe médicale que la qualification palliative de l'intervention a été le plus aisément produite et garantie, mais ceci au prix d'une exclusion du consultant et d'une traduction parfois abusive de sa demande et de son expérience. La question se pose donc de savoir comment ces différentes propositions envisagent l'autonomie de chacun des protagonistes, leur garantissant notamment les mêmes possibilités de faire entendre leur voix, de garder leur capacité d'action et d'engagement dans un projet qui bien que personnel ne peut être que collectivement assumé et réalisé. Là réside sans doute le défi majeur des années à venir et l'on peut penser que le chirurgien, en raison de son rôle et de sa position dans cette entreprise, est peut-être l'un de ceux qui est le mieux à même de le relever.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (éd.), *DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (éd.), *DSM III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1983.

BENJAMIN Harry, « Transvestism and Transsexualism in the Male and Female », *The Journal of Sex Research* 3 (2), mai 1967, pp. 107-127.

BENJAMIN Harry, *The Transsexual Phenomenon*, New York, Julian Press, 1966.

BUJON Thomas et DOURLENS Christine, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences sociales et santé* (3), septembre 2012, pp. 33-58.

DILLON Michael, *Self: A Study in Ethics and Endocrinology*, London, Heinemann, 1946.

HIRSCHFELD Magnus et ABRAHAM Félix, *Les perversions sexuelles*, Rosières-en-Haye, Camion noir, 2012.

MEYEROWITZ Joanne J., *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Cambridge, London, Harvard University Press, 2002.

MURAT Laure, *La loi du genre: une histoire culturelle du « troisième sexe »*, Paris, Fayard, 2006.

²⁷ C'est l'optique par exemple de l'association Res.P.E.C.Trans (Réseau de prise en charge des personnes trans).